

**Resumen de beneficios dentales**

|                                                                          | <b><u>Passive PDN</u></b><br><b><u>Con la red PDNII</u></b> |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual*</b>                                                  |                                                             |
| Individual                                                               | <b>\$50</b>                                                 |
| Familiar                                                                 | <b>\$150</b>                                                |
| Servicios preventivos                                                    | <b>100%</b>                                                 |
| Servicios básicos                                                        | <b>80%</b>                                                  |
| Servicios mayores                                                        | <b>50%</b>                                                  |
| Máximo beneficio anual                                                   | <b>\$1,750</b>                                              |
| Copago por visita al consultorio                                         | <b>N/A</b>                                                  |
| Servicios de ortodoncia (Adultos y niños)                                | <b>50%</b>                                                  |
| Deducible de ortodoncia                                                  | <b>Ninguno</b>                                              |
| Máximo de por vida por ortodoncia                                        | <b>\$1,500</b>                                              |
| <b>*El deducible se aplica a: servicios básicos y mayores solamente.</b> |                                                             |

| <b>Lista parcial de servicios</b>                                                                                                           | <b><u>Passive PDN</u></b><br><b><u>Con la red PDNII</u></b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Preventivo</b>                                                                                                                           |                                                             |
| Exámenes orales (a)                                                                                                                         | 100%                                                        |
| Limpiezas (a) adulto/niño                                                                                                                   | 100%                                                        |
| Fluoruro (a)                                                                                                                                | 100%                                                        |
| Selladores (sólo para molares permanentes) (a)                                                                                              | 100%                                                        |
| Imágenes de mordida (a)                                                                                                                     | 100%                                                        |
| Serie de imágenes de toda la boca (a)                                                                                                       | 100%                                                        |
| Mantenedores de espacio                                                                                                                     | 100%                                                        |
| <b>Básico</b>                                                                                                                               |                                                             |
| Terapia de conducto de la raíz, molares                                                                                                     | 80%                                                         |
| Alargamiento de corona                                                                                                                      | 80%                                                         |
| Anestesia general/sedación intravenosa*                                                                                                     | 80%                                                         |
| Remoción quirúrgica de diente impactado (parcial o totalmente)                                                                              | 80%                                                         |
| Cirugía ósea (a)*                                                                                                                           | 80%                                                         |
| Terapia de conducto de la raíz                                                                                                              |                                                             |
| Diente anterior/diente bicúspide                                                                                                            | 80%                                                         |
| Escamación y limadura de raíces (a)                                                                                                         | 80%                                                         |
| Gingivectomía (a)*                                                                                                                          | 80%                                                         |
| Obturación con amalgama (de plata)                                                                                                          | 80%                                                         |
| Obturación con resina (solamente dientes anteriores)                                                                                        | 80%                                                         |
| Coronas de acero inoxidable                                                                                                                 | 80%                                                         |
| Incisión y drenaje de abscesos*                                                                                                             | 80%                                                         |
| Extracciones sin complicaciones                                                                                                             | 80%                                                         |
| Remoción quirúrgica de diente erupcionado*                                                                                                  | 80%                                                         |
| Remoción quirúrgica de diente impactado (tejido blando)*                                                                                    | 80%                                                         |
| <b>Mayor</b>                                                                                                                                |                                                             |
| Implantes                                                                                                                                   | 50%                                                         |
| Incrustaciones                                                                                                                              | 50%                                                         |
| Sobrepuestos                                                                                                                                | 50%                                                         |
| Coronas                                                                                                                                     | 50%                                                         |
| Dentaduras postizas completas y parciales                                                                                                   | 50%                                                         |
| Pónticos                                                                                                                                    | 50%                                                         |
| Reparación de dentaduras postizas                                                                                                           | 50%                                                         |
| Reconstrucciones de coronas                                                                                                                 | 50%                                                         |
| <b>*Algunos servicios pueden estar cubiertos en el plan médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener información detallada.</b> |                                                             |
| <b>(a) Estos servicios pueden tener limitaciones de edad y/o frecuencia. Tales limitaciones se describen en el Folleto Certificado.</b>     |                                                             |

**Información adicional importante**

## Resumen de beneficios dentales

This Aetna Dental® Participating Dental Network (PDN) benefits summary is provided by Aetna Life Insurance Company for some of the more frequently performed dental procedures. Under the Dental Participating Dental Network (PDN) plan, you may choose at the time of service either a PDN participating dentist or any nonparticipating dentist. With the PDN plan, savings are possible because the participating dentists have agreed to provide care for covered services at negotiated rates. Non-participating benefits are subject to recognized charge limits.

Out-of-Network plan payments are based on the 90th percentile of prevailing charges for the geographic area.

### Atención dental de emergencia

Si usted necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, usted está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuando los servicios de emergencia son proporcionados por un dentista participante PDN, el monto de su copago/coseguro estará basado en un programa de tarifas negociadas. Cuando los servicios de emergencia son prestados por un dentista no participante, usted será responsable por la diferencia entre el pago del plan y el cargo usual del dentista. Consulte los documentos de su plan si desea detalles. Sujeto a requisitos estatales. La atención dental de emergencia fuera del área puede ser revisada por nuestros consultores dentales para verificar que el tratamiento sea el apropiado.

### Lista parcial de exclusiones y limitaciones\* - No se proporciona cobertura para los siguientes:

1. Servicios o suministros que están cubiertos del todo o en parte:
  - (a) según otro aspecto de este Plan de Atención Dental, o
  - (b) en algún otro plan de beneficios de grupo provisto por su empleador o a través de éste.
2. Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:
  - (a) una enfermedad no ocupacional, o
  - (b) una lesión no ocupacional.
3. Servicios que no están listados en el Programa de Atención Dental correspondiente, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
4. Aquellos por reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado, y aquellos por reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, mal uso o negligencia.
5. Aquellos por cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, u otros servicios o suministros dentales cuya intención principal sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia. Esto se aplica bien sea que los servicios y los suministros tengan o no motivos psicológicos o emocionales. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los pódicos se considerarán siempre cosméticos.
6. Those for or in connection with services, procedures, drugs or other supplies that are determined by Aetna to be experimental or still under clinical investigation by health professionals. (Does not apply to TX plans)
7. Aquellos por: dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios utilizados con el propósito de ferulización, para alterar la dimensión vertical a fin de restaurar la oclusión o corregir desgaste, abrasión o erosión.
8. Aquellos relacionados con alguno de los siguientes servicios (no se aplica para el plan DMO en Texas):
  - (a) un dispositivo o modificación de éste si la impresión fue tomada antes de que la persona quedara cubierta;
  - (b) una corona, puente o restauración fundida o procesada si el diente fue preparado para ello antes de que la persona quedara cubierta; o
  - (c) terapia de conducto de la raíz si la cámara pulpar fue abierta antes de que la persona quedara cubierta.
9. Servicios que Aetna ha definido como innecesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la condición involucrada. Esto se aplica aun en el caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico o dentista tratante.
10. Aquellos por servicios destinados al tratamiento de algún problema en la articulación de la mandíbula, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
11. Aquellos por mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de un diente decidua.
12. Aquellos por tratamientos de ortodoncia, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
13. Aquellos por anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos. En los planes que cubren estos servicios, no serán elegibles para beneficios a menos que se presten en conjunto con otro servicio cubierto necesario.
14. Aquellos por tratamientos prestados por alguien que no sea dentista, salvo que la escamación o la limpieza de dientes y la aplicación tópica de fluoruro puedan ser llevados a cabo por un higienista dental con licencia. En este caso, el tratamiento debe efectuarse con la guía y supervisión de un dentista.
15. Aquellos en relación con un servicio prestado a una persona de 5 años de edad o más si esa persona quedó cubierta en otros casos que no sean los siguientes:
  - (a) durante los primeros 31 días en que la persona tiene derecho a esta cobertura, o

## Resumen de beneficios dentales

(b) según lo prescrito por cualquier período de inscripción abierta acordado entre el empleador y Aetna. Esto no se aplica a los cargos incurridos:

- (i) después de finalizado el período de doce meses a partir de la fecha en que la persona quedó cubierta,
- (ii) como resultado de lesiones accidentales sufridas mientras la persona estaba cubierta, o
- (iii) por un servicio de cuidado primario incluido en el Programa de atención dental que aparezca bajo los títulos Visitas y Exámenes, y Radiografías y Patología.

16. Servicios prestados por un proveedor dental no participante hasta el punto de que los cargos excedan el monto a pagar por los servicios que aparecen en el Programa de Atención Dental correspondiente.

17. Aquellos por una corona, restauración fundida o procesada a menos que:

- (a) el tratamiento se deba a caries dentales o lesión traumática, y los dientes no se puedan restaurar con material de relleno, o

- (b) el diente sirva como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.

18. Aquellos por pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales nobles a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

19. Aquellos por la remoción quirúrgica de muelas del juicio impactadas sólo por motivos de ortodoncia a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

20. Aquellos por servicios que se requieren solamente en relación con servicios no cubiertos.

21. Aquellos por servicios prestados cuando no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos.

Cualquiera de las exclusiones anteriores no se aplicará si la cobertura de los cargos es un requisito de alguna ley que se aplique a la cobertura.

\*Esta es una lista parcial de las exclusiones y limitaciones; pueden aplicarse otras. Consulte el folleto de su plan para más detalles.

### La cobertura de su Plan de Atención Dental está sujeta a las siguientes normas:

#### Norma de reemplazo

El reemplazo, la adición o la modificación de dentaduras postizas existentes, coronas, restauraciones fundidas o procesadas, dentadura postiza removible, puente fijo, u otros servicios protésicos están cubiertos sólo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

El reemplazo o la adición de dientes se requiere para reemplazar uno o más dientes extraídos después de que se colocó el puente o la dentadura postiza existente. Esta cobertura debe haber estado vigente para la persona cubierta cuando tuvo lugar la extracción.

La dentadura postiza, corona, restauración fundida o procesada, dentadura postiza removible, puente u otro servicio protésico existente no puede arreglarse y fue colocado dentro de un mínimo de 5 años antes de su reemplazo.

La dentadura postiza existente es de carácter temporal inmediato para reemplazar uno o más dientes naturales extraídos mientras la persona estaba cubierta y no puede volverse permanente, y se requiere el reemplazo por una dentadura postiza permanente. El reemplazo debe tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de instalación inicial de la dentadura postiza temporal inmediata.

La extracción de un tercer molar no califica. Dicho dispositivo o puente fijo debe incluir el reemplazo de uno o más dientes extraídos.

Norma de tratamiento alternativo: Si hay más de un servicio que se puede utilizar para tratar la condición dental de una persona cubierta, Aetna puede decidir que autoriza la cobertura solamente para el servicio cubierto menos costoso, siempre y cuando se cumplan todos los criterios siguientes:

- (a) el servicio debe figurar en la lista del Programa de atención dental;
- (b) el servicio seleccionado debe estar considerado por la profesión odontológica como método apropiado de tratamiento; y
- (c) el servicio seleccionado debe ser ampliamente aceptado según los estándares nacionales de práctica dental.

Si el tratamiento es brindado por un proveedor dental participante y la persona cubierta solicita un servicio cubierto más costoso que aquel para el que se aprueba la cobertura, el copago específico para tal servicio comprenderá:

- (a) el copago por el servicio aprobado menos costoso, más
- (b) la diferencia en costo entre el servicio aprobado menos costoso y el servicio cubierto más costoso.

Norma de reactivación: si su cobertura de empleado y dependientes finaliza debido a que sus contribuciones no son pagadas a tiempo, puede que no vuelva a estar cubierto por un período de dos años a partir de la fecha en que finalice su cobertura. Si usted pertenece a una clase elegible, puede reinscribirse y reinscribir a sus dependientes elegibles al finalizar dicho período de dos años. Su cobertura dental entrará en vigencia según lo descrito en la sección Fecha de vigencia de la cobertura del Folleto Certificado. Su cobertura dental estará sujeta a toda norma que se aplique a una persona que se inscriba después de los primeros 31 días en que la persona tiene derecho a la cobertura.

### Cómo encontrar a los proveedores participantes

## Resumen de beneficios dentales

Consult Aetna Dentals online provider search for the most current provider listings. Participating providers are independent contractors in private practice and are neither employees nor agents of Aetna Dental or its affiliates. The availability of any particular provider cannot be guaranteed, and provider network composition is subject to change without notice. For the most current information, please contact the selected provider or Aetna Member Services at the toll-free number on your online ID card, or use our Internet-based provider search available at [www.aetna.com](http://www.aetna.com).

Existen productos específicos que pueden no estar disponibles en las dos modalidades, con financiación propia y con seguro. La información contenida en este documento está sujeta a cambios sin previo aviso. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, prevalecerán los documentos del plan.

En caso de tener algún problema con la cobertura, los miembros deben dirigirse a Servicio a Miembros en el número gratuito que aparece en sus tarjetas de identificación (ID) en línea para saber la forma de utilizar el procedimiento de reclamos si resulta apropiado.

La atención a los miembros y las decisiones relacionadas son de la exclusiva responsabilidad de los proveedores participantes. Aetna no proporciona servicios de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia.

Los planes dentales son proporcionados o administrados por Aetna Life Insurance Company, Aetna Dental Inc., Aetna Dental of California, Inc. y/o Aetna Health Inc.

Servicios de telesalud: Con el plan se reembolsará al proveedor tratante o de consulta por el diagnóstico, la consulta o el tratamiento de una persona inscrita a través del servicio de telesalud sobre la misma base y en la misma medida que con el plan se hubiese reembolsado el mismo servicio cubierto en persona.

In Texas, the Dental Participating Dental Network (PDN) is known as the Participating Dental Network (PDN), and is administered by Aetna Life Insurance Company.

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni consejería dental. Éste contiene sólo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas y no constituye un contrato. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Ciertos planes dentales sólo están disponibles para grupos de un tamaño determinado de acuerdo con guías preestablecidas. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones y exclusiones. Consulte los documentos del plan (Programa de Beneficios, Certificado/Evidencia de Cobertura, Folleto, Folleto Certificado, Contrato de Grupo, Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con su plan.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al 877-238-6200.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

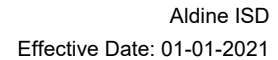
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705),

[CRCCoordinator@aetna.com](mailto:CRCCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).



*Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).*

| English                 | To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Albanian                | Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit.                                  |
| Amharic                 | የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎት ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ።                                                                                |
| Arabic                  | للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.                                         |
| Armenian                | Ձեր նախընտրած լեզվով ավվճար խոսքըդասվությունն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով |
| Bantu-Kirundi           | Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomeru iri ku karangamuntu kawe                                                |
| Bengali                 | আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।                                                |
| Burmese                 | သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရဘဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။             |
| Catalan                 | Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació.          |
| Cebuano                 | Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.                     |
| Chamorro                | Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hægu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.                             |
| Cherokee                | Ⴀႃႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃႃ Ⴀ Ⴀႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃႃႃ Ⴀႃ, Ⴀႃႃႃႃႃႃ Ⴀႃႃ Ⴀႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃ Ⴀႃႃႃႃ.                                               |
| Chinese Traditional     | 如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼                                                                                                         |
| Choctaw                 | Anumpa tosholi i toksvli ya peh pilla ho ish i payahinla kvt chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah                  |
| Chuukese                | Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamé), kopwe kééri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID                        |
| Cushitic-Oromo          | Tajaajjiiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.                |
| Dutch                   | Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.                                                              |
| French                  | Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.         |
| French Creole (Haitian) | Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.                               |
| German                  | Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.                    |
| Greek                   | Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.                                       |
| Gujarati                | તમારે કોઇ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઇડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કોલ કરવો.                                      |
| Hawaiian                | No ka walaʻau ʻana me ka lawelawe ʻōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki ʻole ʻia kēia kōkua nei.              |
| Hindi                   | बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।                                         |

## Resumen de beneficios dentales

|                      |                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hmong                | Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.                                                              |
| Igbo                 | Inweta enyemaka asụsụ na akwughị ụgwọ obula, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gị                                                                                  |
| Ilocano              | Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.                                                     |
| Indonesian           | Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.                                                       |
| Italian              | Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.                                                     |
| Japanese             | 無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。                                                                                                                                    |
| Karen                | vXw>urRM>usdmw>rRpXRtw>zH;w>rRwz. vXwtd.'D;tyShRvXeub.[h.tDRt*D><ud;b.vDwJpdeD.*H>vXttD.vXecd.*DR A (ID) tvdRM.wuh>l                                              |
| Korean               | 무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.                                                                                                                     |
| Kru-Bassa            | I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla                                                        |
| Kurdish              | بۆ دەستگیراکەیشتن بە خزمەتگوزاری زمان بە پێ تێچوون بۆ تۆ، بەیوەندى بکە بە ژمارەى سەر ئای دى (ID) کارى خۆت.                                                        |
| Lao                  | ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທລູໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.                                                                                         |
| Marathi              | आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.                                                            |
| Marshallese          | Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo am.                                                                 |
| Micronesian-Ponapean | Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.                                                                        |
| Mon-Khmer, Cambodian | ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។                                                  |
| Navajo               | T'áá ni nizaad k'ehji bee níká a'doowol doo báąh ilinígóó naaltsos bee atah niljigo nanitinigíí bee néého'dółzinígíí béésh bee hane'i biká'ígíí áají' hólne'.     |
| Nepali               | भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।                                                                           |
| Nilotic-Dinka        | Të kcor yin ran de wëër de thokic ke cîn wëu kcor keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye kɔc kuɔny në namba de abac tɔ në ID kard duɔn de tɔit de nyin de panakim kɔu. |
| Norwegian            | For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.                                                                                      |
| Pennsylvanian-Dutch  | Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.                                                                                 |
| Persian Farsi        | برای دسترسی به خدمات زیان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.                                                                       |
| Polish               | Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.                                                 |
| Portuguese           | Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.                                                 |
| Punjabi              | ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।                                                      |
| Romanian             | Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul de membru.                                                                              |
| Russian              | Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.                                       |
| Samoan               | Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.                                                               |

## Resumen de beneficios dentales

[illegible]